



**SCHEDA DI INSERIMENTO**

ACC - 01.1

RSA

CDI

MINIALLOGGI

RICHIESTA DI INVALIDITA'

**CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE**

Informazioni anagrafiche

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**Parte per il Medico curante**

Anamnesi patologica remota oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)

Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse

Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti

Dispositivi in uso	Catetere vescicale ..... Sondino naso-gastrico ..... PEG ..... Catetere venoso centrale ..... Pace-maker ..... ICD (defibrillatore) ..... Tracheostomia ..... Stomie ..... Broncoaspirazione ..... Porth-a-cath ..... Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) ..... Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno ..... Ventilatore per insuff. respiratorie gravi .....
Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesioni da decubito</li> <li>• Ferite chirurgiche in trattamento</li> </ul> Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)	
Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore ( <i>specificare se          oppiacei o farmaci con          ricetta ministeriale</i> ), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro) <b>ALLERGIE</b>	
Cadute negli ultimi sei mesi	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si specificare ..... .....

Stato nutrizionale	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi  Note <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Giudizio sulla stabilità clinica	<input type="checkbox"/> <b>Stabile</b>	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.
	<input type="checkbox"/> <b>Moderatamente stabile</b>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni
	<input type="checkbox"/> <b>Moderatamente instabile</b>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana
	<input type="checkbox"/> <b>Instabile</b>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano
	<input type="checkbox"/> <b>Acuzie</b>	con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

<b>Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo</b>	<b>Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Si richiede visita domiciliare:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	--

data

firma

.....

.....